UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1915 **THÈSE** N°

PRESENTÉE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Des Incisions de la Portion Vaginale du Col Pendant l'Accouchement

PAR

Umberto ENRIQUEZ

Né à Tunis, le 29 août 1889

Président : Monsieur le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES

IMPRIMERIE DES THESES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1915

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

Agrégés en exercice

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECENE	NOBECOURT	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
		RETTERER	ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de reconnaissence pour tous les sacrifices quelle a faits pour moi.

A MA GRAND MÈRE

A MON FRÈRE

Témoignage de vive affection.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE PARIS

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur POTOCKI

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et a bien voulu nous aider de ses conseils.

Témoignage de sincère reconnaissance,

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

Monsieur le Docteur SERGENT
Monsieur le Docteur DESMOULINS
Monsieur le Docteur SCWARTZ
Monsieur le Professeur ROGER

1910-1912.

Externat :

Monsieur le Docteur POTHERAT, 1912-1913, Hôtel-Dieu.
Monsieur le Docteur ENRIQUEZ, 1913-1914, Pitié.
Monsieur le Docteur SÉBILEAU, 1914, Lariboisière.
Monsieur le Docteur POTOCKI, 1915, Pitié.

A Messieurs les Docteurs :

AMBARD, BOURGEOIS, DURAND, GUIBÉ, HALPHEN, LEMAITRE, LUTAUD, POYET, ROUGET.

Des incisions du Col

Il convient de définir ce que nous entendons par incisions du col.

Dubois a préconisé les petites incisions multiples du col ; elles ont été préconisées aussi par Depaul (1) en 1860, qui le premier fait un travail important sur ce sujet. Il eut la rare fortune d'observer trois cas de rigidité du col en quatre ans « tandis que la plupart de nos maîtres, dit-il, n'en ont pas vu un seul exemple dans le cours d'une pratique beaucoup plus longue ».

Il présenta son mémoire à l'Académie de médecine en 1860 dans lequel il discute le traitement de la dystocie.

Elles ont été reprises ensuite par Dumouly (2) et Recasens (3).

Ces incisions appelées incisions de Dubois sont des incisions superficielles d'une longueur d'un demi-centi-

(1) Depaul. Mémoires de l'Académie de Médecine. 1860.
(2) Dumouly. Gazette de gynécologie, 1886.
(3) Recasens. Arch. gynéc. Barcelone 1903.

mètre à un centimètre intéressant le museau de tanche seulement, transformant le col en un véritable « manche à gigot » ainsi que Varnier (1) l'a si heureusement dit.

Ces incisions étaient faites pour amorcer la dilatation, mais cette dilatation ne se faisait le plus souvent que lentement, d'autre part elles donnaient un orifice insuffisant pour le passage de la tête fœtale, elles n'enlevaient pas l'obstacle qu'on désirait supprimer.

Leur extension était donc nécessaire pour laisser passer le fœtus, elles étaient par suite le point de départ de déchirures dont on ne pouvait à l'avance prévoir ni l'étendue ni la gravité.

Duhrssen (2) a donné en 1890 une autre technique que l'on désigne sous le nom d'incisions profondes; nous n'en parlons que pour les éliminer, ces incisions ne faisant pas l'objet de notre thèse.

Elles consistent à effectuer deux débridements postéro-latéraux du périnée faits pour donner du jour, puis on pratique une incision postérieure, deux latérales et une antérieure du col atteignant le segment inférieur. MM. Bar et Guéniot (3) considèrent ce procédé « comme une méthode risquée, dangereuse qui ne doit être mise en pratique que par des gynécologues exercés. L'incision antérieure, en effet, est très dangereuse par suite des rapports du segment inférieur intéressé par

(1) Varnier. Société d'Obstétrique. Gyn. et Pédiatrie, 1899.

(2) Duhrssen. In Obstetrique, 1910.

(3) Bar, Brindeau, Chambrelent. Précis de l'art des accouchements, 1907, T. II.

l'incision antérieure de la méthode de Duhrssen (1) avec la vessie, son extension pouvant déterminer une déchirure de la vessie ».

Le nombre des incisions variait d'ailleurs avec la dilatation qu'il était nécessaire d'obtenir. Duhrssen a pu dans les cas qu'il rapporte, extraire vivants des enfants à terme ou près du terme.

Cette opération a été considérée surtout en Allemagne, comme une opération de choix. L'opération de Duhrssen a été faite beaucoup moins souvent en France. Monsieur le professeur Bar (2) l'a employée dans certains cas. M. Brindeau l'a pratiquée également.

Ayant ainsi éliminé les incisions radiées de Dubois et les incisions profondes de Duhrssen, nous n'étudierons que les incisions du col faites latéralement, ayant une longueur de deux à trois centimètres pour remonter jusqu'à l'insertion vaginale et ayant ainsi une extension suffisante pour lever définitivement l'obstacle créé par le col.

C'est dans le service de notre maître le Dr Potocki que nous avons vu recourir à ces incisions, et nous avons été en mesure de constater les bons effets et l'innocuité. Elles remplacent l'orifice du col insuffisant pour laisser passer le fœtus, par un nouvel orifice correspondant à leur extrémité profonde, les deux valves obtenues par ces incisions s'effacent et ne comptent plus comme obstacle pendant l'accouchement.

(1) Duhrssen. Vaginaler Kaiserschnitt. Berlin 1905.
(2) Bar. Dilatation rapide du col in l'obstétrique 1905.

Ces deux seules incisions auront de plus l'avantage de pouvoir être pratiquées à notre gré à une place dont nous discuterons l'intérêt tout à l'heure. Leur exécution est simple et facile. Enfin et surtout leur réparation sera plus aisée que s'il s'agissait d'un col qui, après l'accouchement paraîtrait véritablement déchiqueté par des incisions multiples.

D'ailleurs, ces incisions latérales conduites jusqu'à la limite de l'insertion vaginale ne sont que « l'imitation de la nature, non seulement en cas d'infiltration de l'organe, mais même chez un grand nombre de multipares qui gardent de ce phénomène un témoignage dans la cicatrice latérale qui leur reste au niveau du col ». (1)

Ces incisions ont été peu pratiquées. M. Potocki (2) les a préconisées depuis 1889 et s'en est bien trouvé.

Nous rapportons, dans notre thèse, seize observations qu'il nous a permis de recueillir et de publier. Elles sont des plus démonstratives des résultats qu'on peut en attendre.

A ces observations, nous joindrons des observations isolées de MM. Cathala (3) Jeannin et Garipuy (4).

Samuel Gache (5), de l'hôpital de Bawson, nous dit dans ses mémoires d'obstétrique, avoir pratiqué ces in-

(1) Potocki. Soc. d'obs. gyn. et pédiatrie 1889.

(2) Varnier. Sur un cas de rigidité du compte-rendu paru Soc. d'obst. gyn. et péd. 1889.

(3) Cathala in thèse Geraud. Dystocie par atrésie cicatricielle du col utérin, Paris 1912.

(4) Jeannin et Garipuy. Incisions du col de l'utérus pendant l'accouchement, in l'Obstétrique 1910.

(5) Samuel Gache. Mémoires d'obstétrique.

cisions, dans un cas de rigidité spasmodique du col. L'observation n'a pas été publiée.

Nous allons exposer les caractères cliniques de la dystocie susceptible d'être traitée par les incisions cervicales, les indications qu'elles peuvent présenter, les avantages que nous pouvons en attendre, le danger immédiat ou tarfdif qu'elles peuvent présenter et leur technique d'après M. Potocki. Nous rapporterons à la suite des observations inédites de parturientes ayant été l'objet d'incisions du col, faites par M. Potocki, d'autres observations récentes publiées par différents auteurs et nous exposerons nos conclusions.

Diagnostic de rigidité

Le diagnostic de rigidité du col ne peut être fait avant le début du travail, il est par conséquent difficile de prévoir la dystocie.

Parmi les causes qu'il faut rechercher pouvant amener une consistance anormalement dure du col, empêchant la dilatation de se faire ou ne lui permettant de se faire qu'avec une extrême lenteur il faut placer :

la syphilis (1) soit sous forme d'accident primitif : le chancre, soit encore à la période secondaire, elle peut amener une sclérose généralisée du col sans changer la forme de l'organe ; le toucher en faisant constater pendant la grossesse un col très dur, permettra de faire le diagnostic.

ou bien des altérations pathologiques du col tels que cancer, fibromes, cicatrices fibreuses, suite de déchirures ou d'opérations de cautérisations ou des métrites chroniques, déterminant des obstacles à la dilatation.

Le plus souvent le diagnostic n'est posé qu'au mo-

(1) Oui. Semaine Gynécologique, octobre 1912.

ment du travail. Dans quelques cas, comme dans l'observation de M. Doléris (1) le travail peut s'annoncer par quelques petites douleurs puis s'arrêter définitivement.

Le plus souvent, au début, le travail évolue normalement, mais bientôt quoique les contractions soient énergiques et répétées, le travail ne progresse qu'avec lenteur, ou bien même les douleurs cessent complètement et alors on peut avoir dès ce moment un col effacé mais qui ne se dilate plus.

Ou bien encore le travail procède par poussées. Après des périodes d'accalmies, les douleurs reprennent avec une intensité croissante, mais sans dilater le col.

La femme s'agite, s'épuise, la température s'élève, le pouls devient rapide, l'état général s'aggrave en même temps que la femme se plaint de violentes douleurs de reins.

Quand on se trouve en présence d'une femme présentant le tableau que nous avons décrit, il faut s'assurer que le bassin est normal, l'utérus n'est pas dévié, il n'y a aucun obstacle qui s'oppose au passage du fœtus, on pourra prévoir que la dystocie est due à une rigidité du col et le toucher et au besoin l'examen direct à l'aide du spéculum permettra d'affirmer le diagnostic.

Dans certains cas, la rigidité est secondaire, elle apparaît pendant le travail alors que pendant la grossesse, l'examen n'a relevé aucune lésion du col. Dans ces cas il n'y a pas de lésion proprement dite du tissu

(1) Doleris. Soc. d'obst. et de gynécologie, 1912.

utérin, la manifestation est passagère, elle résulte d'un travail trop long ayant amené une infiltration sanguine et œdémateuse du col, comme les examens histologiques de Bouffe, de Saint-Blaise et de Wallich (1) d'une part, les recherches de Potocki et Sauvage (2) d'autre part l'ont montré.

Cette rigidité secsndaire crée un obstacle aussi sérieux à l'accouchement que la rigidité primitive.

Cette rigidité peut se produire soit avec une tête profondément engagée, soit qu'il n'y ait pas d'engagement.

Dans le premier cas, par suite de l'inertie utérine, les contractions d'abord énergiques s'affaiblissent, le travail traîne en longueur, la dilatation reste stationnaire et le col qui était mince et souple durcit sur une longueur plus ou moins grande ; on peut percevoir au toucher tout autour de l'orifice utérin, un disque rigide et, plus loin, la portion saine.

Lorsqu'au contraire, il n'y a pas d'engagement, les constatations sont moins nettes, on trouve un col épais mais on n'arrive pas à délimiter la zône infiltrée. Dans tous ces cas, l'aboutissant est la rigidité.

---

(1) In thèse Toledo, inspirée par Wallich, Paris, 1890.

(2) Potocki et Sauvahe. — Infection du col pendant le travail et rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin. Ann. Gyne. et d'Obst., 1890.

Conditions indispensables

Les incisions pratiquées d'après les indications de M. Potocki ont pour but d'offrir à la tête fœtale un orifice permettant l'extraction de la tête fœtale sans être pour cela le point de départ de déchirures dont on ne peut prévoir l'étendue. Peut-on savoir à l'avance si la dilatation du segment inférieur et du col de l'utérus est suffisante pour que, à la suite de ces incisions, l'orifice ainsi agrandi permette sans danger le passage spontané ou l'extraction du fœtus ?

D'après Duhrssen, les incisions de la portion vaginale ne sont suffisantes que si le col est complètement effacé. Mais, il est exceptionnel que dans les cas nécessitant l'intervention qui nous occupe, l'effacement du col soit complet.

Si le col n'est pas effacé, les incisions limitées à la portion vaginale ne permettront donc pas l'extraction du fœtus.

C'est surtout le toucher, qui en nous permettant d'apprécier l'effacement, la dilatation et surtout la descente plus ou moins grande de la portion fœtale qui nous permettra de savoir si nos incisions seront suffisantes.

Si par l'exploration, nous ne pouvons atteindre qu'une faible portion de la présentation fœtale c'est que la tête

est encore trop élevée et par suite l'ampliation de l'insertion vaginale sur le col est insuffisante ; l'incision n'atteindra pas son but, elle ne supprimera pas l'obstacle; elle sera inefficace.

Si au contraire, la tête est bien descendue dans l'excavation, elle vient appuyer fortement sur le col et nous constatons aisément par l'exploration des culs de sac, que l'on pourra dépasser la circonférence la plus grande de cette tête ; par suite, la tête a déjà franchi la zône d'insertion du vagin. M. Potocki a donné comme point de repère, la dilatation du col, dès que le col à trois cm. de dilatation, les incisions profondes remontant jusqu'aux insertions vaginales seront suffisantes. Au dessous de trois centimètres, il est certain que les chances seront moins favorables, car les incisions seraient obligées de remonter sur le segment inférieur pour laisser passer un enfant à terme.

La limite supérieure de la portion vaginale n'est pas toujours facile à préciser sur un utérus abaissé pour l'intervention.

Nous serons surtout renseignés par l'épaisseur de la calotte recouvrant le fœtus. L'infiltration habituelle du col rigide siège à la partie inférieure du museau de tanche près de l'orifice externe.

M. Potocki a bien montré qu'en incisant en entier cette portion on tombait en plein tissu sain, par conséquent souple et aminci avant d'arriver à l'insertion vaginale. Les observations d'arrachement circulaire du col en sont une preuve.

Indications

On est en droit de faire des incisions latérales du col, lorsque par suite de la rigidité de celui-ci, l'expulsion du fœtus traîne et que l'état de souffrance de la femme ou du fœtus se manifeste par quelque symptôme.

Dans les cas ou le travail traîne en longueur, la dilatation restant stationnaire, à la suite d'examens répétés, on peut prévoir que la dilatation nécessaire permettant l'expulsion spontanée du fœtus ne se fera pas.

La dilatation bimanuelle, l'écarteur de Tarnier, les ballons de Champetier de Ribe, le dilateur de Bossi sont d'un emploi dangereux ou incapables de réaliser la dilatation d'un anneau rigide s'étendant a deux, trois ou quatre centimètres de profondeur. Mais si ces instruments peuvent être utiles quand ils sont employés dans des cas d'inertie uterine, avant toute infiltration du col, ils n'atteindront pas leur but ou ne l'atteindront pas sans danger, dans le cas où la dystocie est due à la rigidité du col.

On attendra que l'effacement du col soit complet et

que la dilatation de l'orifice ait atteint au moins les dimensions d'une pièce de 5 francs pour faire les incisions du col afin d'extraire rapidement le fœtus, au cas ou les membranes sont rompues depuis longtemps. L'intervention s'impose dans les cas ou les contractions quoique énergiques n'amènent pas de progression dans la dilatation du col.

Dans les observations que nous rapportons, on verra que l'on a eu quelquefois à intervenir dans le cas de bassin rétréci ; mais toujours la partie supérieure du col étant effacée, on observe en effet souvent dans ces cas, que quoique les contractions soient régulières et énergiques, la dilatation ne se faisant pas, les lèvres du col s'œdématient et sont alors plus facilement la proie des déchirures.

Dans les cas où le diagnostic de rigidité du col est posé, on interviendra dès que l'on verra se faire l'amorce d'une déchirure pour éviter que celle-ci se faisant en un point quelconque n'intéresse par son extension un organe ou un vaisseau important.

Dans tous les cas où le fœtus étant en état de souffrance par suite d'un travail trop long, et le diagnostic de rigidité étant posé, on pourra compléter la dilatation par les incisions du col.

Dans tous ces cas c'est pour dystocie du col qu'on est intervenu.

Mais on pourra encore les pratiquer lorsque sans qu'il y ait rigidité du col (1), il faut terminer rapide-

(1) Bumm. Traité d'obstétrique, édition 1915. page 732

dement l'accouchement ; dans les cas d'éclampsie grave de procidence du cordon ou d'œdème pulmonaire.

Dans les cas où le fœtus est déjà mort, la femme étant depuis longtemps en travail et la dilatation ne progressant pas, on pourra pratiquer les incisions latérales de deux ou trois centimètres de longueur, et alors, terminer l'accouchement par une craniotomie ou une basiotripsie. Dans ce dernier cas, la partie fœtale est réduite et son volume nécessite une moindre dilatation.

On est donc autorisé à y recourir, quand la rigidité caractérisée du col, met un obstacle absolu à l'accouchement et expose la femme aux pires complications du travail et met en jeu la vie du fœtus.

Dangers de ces incisions

On a accusé ces incisions d'être le point de départ d'infection, d'hémorragies et de déchirures d'organes par leur extension.

Dans les observations que nous rapportons dans notre thèse, nous ne voyons à la suite de ces incisions aucune complication sérieuse ; en particulier, il n'y a jamais eu d'hémorragie consécutive à ces incisions. Chez la malade de M. Jeannin seulement, on en a observé et encore dans ce cas l'incision avait dépassé la portion vaginale, l'hémorragie a d'ailleurs été légère et le tamponnement a suffi à l'arrêter.

La véritable complication qu'on leur reproche est leur extension ; cette extension au-dessus du dôme vaginal vers le segment inférieur serait dangereuse, car elle pourrait donner lieu à une infiltration sanguine dans la base du ligament large qui, par sa communication avec le vagin, pourrait être le point de départ d'un phlegmon ainsi que Farabœuf l'a bien montré.

Leur extension peut-elle intéresser des organes voisins.

Non, ces incisions étant faites latéralement, nous mettent à l'abri des déchirures d'organes avec lesquels

l'utérus est en rapport, c'est-à-dire avec la vessie et en arrière avec le rectum.

Sans doute ces incisions peuvent se prolonger en haut, au moment du passage de la tête fœtale, mais elles ne s'agrandissent que d'autant qu'il est nécessaire pour laisser passer l'enfant et le degré ultime de la solution de continuité du col, serait absolument le même que si l'accouchement était spontané.

La dernière objection qu'on leur adresse, c'est d'ouvrir une porte d'entrée à l'infection.

Ces incisions ne s'infectent pas plus que celles qui se produisent inévitablement si l'accouchement était spont né. A la suite de déchirures spontanées du museau de tanche, très fréquentes même dans les accouchements normaux, puisqu'elles se produisent dans 96 o/o des cas, nous voyons rarement ces déchirures être le point de départ d'accidents consécutifs.

Presque toutes les malades de nos observations ont eu des suites de couches normales ; quoiqu'on soit intervenu quelquefois sur des femmes déjà surmenées par un travail très long, et ayant été l'objet d'examens répétés.

Nous ne croyons pas non plus devoir craindre des complications tardives pour des incisions faites nettement et aseptiquement.

La seule objection de quelque valeur, qu'on puisse leur faire, c'est que la cicatrice de réparation pourra être une cause de dystocie pour les accouchements ultérieurs ; mais cet argument ne suffira pas pour nous faire abandonner cette méthode, la seule qui dans certains cas permette d'extraire un enfant vivant.

Technique des incisions du col

La femme est placée en position gynécologique et anesthésiée au chloroforme ou à l'éther, ou même sans aucune anesthésie : l'opération étant de durée très courte et peu douloureuse. On lui donne une injection vaginale et on badigeonne la vulve et le vagin à la teinture d'iode ou on les savonne avec une solution antiseptique.

On place alors deux valves dans le vagin, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui permettent de mettre le col à découvert.

On repère exactement l'insertion vaginale et on place une ou deux pinces de Museux, qui permettront de bien abaisser le col.

Le doigt est alors introduit dans l'orifice utérin et sur ce doigt servant de guide on pratique une incision d'un centimètre et demi à deux centimètres et même trois centimètres suivant un même diamètre transversal à droite et à gauche, profondément et remontant jusqu'à l'insertion vaginale.

Cette incision est faite avec des ciseaux, de préférence

courbés ou au bistouri boutonné. Il n'y a pas à se préoccuper d'une hémorragie, qui ne se produit jamais si on suit exactement les indications et la technique formulées par M. Potocki.

On pourra ensuite laisser l'accouchement se terminer spontanément ou extraire l'enfant suivant les indications tirées de l'état de la mère et du fœtus.

En général, pour terminer l'intervention, il vaudra mieux extraire l'enfant à l'aide du forceps, car il ne s'agit guère que de présentation de la tête. On pratique au besoin la délivrance artificielle et on donne à la femme une injection intra-utérine.

On touchera alors les incisions du col à la teinture d'iode, on place une mèche ou deux de gaz iodoformées, dans le vagin et dans le col.

Quelques auteurs, dont M. Jeannin (1), suturent les lèvres des incisions au catgut.

« Si nous rencontrons trop de difficultés tenant surtout à la friabilité des tissus, nous n'insistons pas et laissons une cicatrisation naturelle se faire. Nous recouvrons même systématiquement à cette façon de procéder, ni nous croyons devoir faire bénéficier la femme d'une véritable stomatoplastie. »

Nous ne croyons pas cette pratique être favorable, car, ainsi que le montrent toutes nos observations, la cicatrisation naturelle s'opère merveilleusement bien. D'autre part, les sutures que l'on pourrait faire sur des

(1) Jeanin et Garripuy. In l'obstétrique déjà cité.

tissus œdématiés risquent fort de lacérer les tissus, soit d'être le point de départ de suppuration qui élimineront nos points de sutures.

Les soins consécutifs sont les mêmes que pour les autres accouchées, on pourra, comme on le fait dans le service de M. Potocki, toucher les incisions à la teinture d'iode à deux reprises différentes.

Nous donnerons deux injections vaginales par jour. Certains auteurs auraient remarqué que la restauration est d'autant plus rapide et plus normale que les lavages auront été moins fréquents.

La plupart des femmes qui font l'objet de nos observations ont pu se lever aussi tôt que les femmes ayant eu un accouchement spontané.

OBSERVATION I

Incision latérale droite du col. — Application de forceps.

Mme X., 26 ans.

Entrée à la Maternité de la Pitié, le 28 février 1908.

C'est une femme bien portante, primipare, a eu ses dernières règles du 1er au 3 juin, 1907. H V = 31 cm.

L'enfant se présente par le sommet O I G A.

Au toucher on constate un col dilatable comme 5 francs, sommet engagé, membranes intactes.

10 h. du soir, 5 heures après le premier examen, on constate que la dilatation reste stationnaire.

29 février 4 h. du matin. — Dilatation stationnaire. Bruits du cœur, bons. 10 h. matin, petite paume de main. Contractions régulières. 2 h. du soir, dilatation stationnaire, membranes intactes.

On rompt à ce moment la poche des eaux, il s'écoule du liquide amniotique verdâtre. Les bruits du cœur sont ralentis. La femme est épuisé et son état s'aggrave. Les contractions deviennent peu fréquentes.

On anesthésie la femme au chloroforme et on place deux valves.

On constate que le col est incomplètement effacé, la dilatation est grande paume de main, la lèvre droite mesure encore près de 3 cm. L'orifice du col est dévié, regarde à gauche et en avant.

Après avoir placé une pince de Kocher sur la lèvre droite du col, perpendiculairement à sa circonférence, M. Pottet, interne du service, pratique aux ciseaux une

incision le long de la pince jusqu'au cul de sac vaginal. Application de forceps en gauche antérieure.

On touche les incisions à la teinture d'iode, on place dans le vagin deux mèches de gaze iodoformée qu'on enlève le lendemain. Les suites de couche ont lieu sans le moindre incident. Le 15e jour, la femme quitte la Maternité. Le museau de tanche a repris ses dimensions normales, à droite et à gauche on reconnaît les deux incisions cicatrisées.

OBSERVATION II

Bassin rétréci. — Membranes rompues prématurément. — Travail long. — Incisions latérales du col. — Application de forceps.

Entrée le 18 novembre 1908 en travail. Agée de 30 ans. A marché à un an ; a cessé de marcher de 1 à 3 ans. Ignore la cause. A eu ses dernières règles du 26 au 31 février. Hauteur utérine 35 cm. Primipare.

Présentation du sommet, engagement effectué ; dos à droite. Au toucher on atteint facilement le sacrum.

Dilatation de 2 francs, membranes rompues, on sent la fontanelle antérieure. Les contractions utérines sont très fréquentes. Les bruits du cœur sont bons.

9 heures 30 ; Dilatatation progressive, comme 5 francs. Contractions toujours énergiques.

11 heures ; Même état de la dilatation.

19 novembre, à 1 heure 30 ; Dilatation petite paume de main. Bords de l'orifice souples. Bruits du cœur fœtal bons. Contractions moins fréquentes.

6 heures ; bain d'une heure, la dilatation reste stationnaire.

10 heures ; Dilatation n'avance pas. La tête s'est engagée. M. Potocki décide de faire des incisions cervicales du col. La femme étant anesthésiée à l'éther. On place deux valves. Le col apparaît. On saisit la lèvre droite entre deux pinces de Museux on pratique à droite et à gauche deux incisions sur une longueur de 2 à 3 cm. jusqu'à l'insertion vaginale. Il n'y a pas d'hémorragie, mais un simple suintement sanguin qui s'arrête bientôt.

On fait une application de forceps en OIDP ; on extrait l'enfant vivant. Déchirure périnéale qu'on suture immédiatement ; on place deux mèches de gaze iodoformée dans le vagin.

Suites de couche normales. Partie le 11e jour. L'examen du col au spéculum montre sur celui-ci deux incisions latérales.

OBSERVATION III

Primipare âgée, parties molles très résistantes.— Repli falciforme à la partie antérieure du vagin. —Section du col pour arrêt de la dilatation. — Extraction de l'enfant au forceps.

Mme X..., 31 ans, cuisinière.

Entrée le 22 novembre 1908 en travail et à terme. A marché à un an — réglée depuis 13 ans.

Primipare en ses dernières règles, du 23 au 26 février 1908.

L'enfant se présente par le sommet en O I G A.

Au toucher, on constate que le coccyx n'est pas mobilisable, la dilatation est de 50 centimes, les bords de l'orifice utérin sont minces et tranchants. Les membra-

nes sont intactes. Les bruits du cœur sont bons. Très peu de contractions, dans la journée, peu violentes.

9 heures : Dilatation de 1 franc — Bruits du cœur fœtal bons —. Contractions très espacées. La malade s'endort.

23 novembre, 2 heures : Dilatation progresse entre 2 et 5 francs. Au toucher, on constate que les bords de l'orifice utérin se sont durcis.

On donne à la parturiente un bain d'une heure.

9 heures 30 : La dilatation est un peu plus de 5 francs, on constate une petite encoche sur le col à gauche, la tête est plus engagée en O I G A, les bruits du cœur fœtal sont bons.

10 heures ; On rompt la poche des eaux, il s'écoule un peu de liquide verdâtre.

11 heures : L'examen montre que la dilatation est restée la même, la tête n'est pas descendue. M. Potocki décide de faire des incisions cervicales du col.

Sous chloroforme il pratique tout d'abord l'examen, il constate un repli vaginal falciforme commençant à la partie moyenne et antérieure du vagin et descendant sur sa partie gauche. En arrière de ce repli le col présente une dilatation d'une petite paume de main. On place sur la lèvre antérieure une pince de Museux et on sectionne de deux coups de ciseaux le col jusqu'à la paroi vaginale. Il n'y a pas d'hémorragie consécutive à l'incision.

Les bruits du cœur fœtal étant irréguliers, M. Potocki pratique immédiatement l'extraction au forceps. Prise en G A. La rotation est faite avec le forceps. On voit la tête descendre, mais elle est bridée à un moment par le segment antérieur du col. On agrandit l'incision du col à droite.

La lèvre antérieure s'écarte alors facilement : on extrait la tête. L'enfant crie immédiatement.

Délivrance naturelle. On touche à la teinture d'iode les bases d'incision. Suites de couches normales.

2 décembre. — Examen au spéculum permet de constater un ectropion du col à droite. On fait des attouchements à la teinture d'iode.

OBSERVATION IV

Souffrance du fœtus. — Incisions bilatérales du col. — Tentative d'application de forceps. — Accouchement terminé par une basiotripsie. — Bassin retréci.

Mme X...., 19 ans.

Entrée le 27 janvier 1909, en travail et à terme.

Primipare, ayant eu ses dernières règles du 29 au 1er mai.

L'enfant se présente par le sommet en O 1 G T.

26 janvier, 5 heures matin. — La tête est mobile au détroit supérieur. Au toucher on constate que le bassin est légèrement rétréci, le sacrum plan. Le promonto sous pubien mesure 11 c.m. La tête déborde légèrement au-dessus du pubis. La dilatation est de 2 francs. Les contractions sont rares et peu violentes.

29 janvier, minuit. — Les bruits du cœur sont bons, la poche des eaux intacte et tendue, la dilatation est toujours de 2 francs.

30 janvier, 9 heures matin. — Même dilatation que la veille, la tête est un peu descendue, les 2 fontanelles sont accessibles, la postérieure plus élevée que l'antérieure. Les membranes sont toujours tendues.

12 heures, matin. — Les contractions étant toujours rares on donne un bain d'une heure à la femme. Après le bain, la dilatation est restée la même, la tête ne paraît pas descendre au détroit supérieur. Les bruits du cœur sont à 180.

A 4 heures, les bruits du cœur sont sourds et irréguliers, il devient difficile de les compter. La femme a 38° 6 de température. La dilatation est de 5 francs. On anesthesie la femme au chloforme, on place deux valves. On constate un col dilaté comme 5 francs. On place deux pièces de Museux de part et d'autre du col et aux ciseaux on pratique deux incisions latérales du col.

On fait une application de forceps, mais on n'arrive pas à faire franchir à la tête le détroit supérieur, malgré des tractions énergiques. Les bruits du cœur n'étant plus perçus, M. Potocki perfore alors la tête entre les branches du forceps dont on serre la vis de pression, mais malgré la réduction obtenue, la tête ne descend pas encore.

On prend alors les branches du basiotribe, on réduit complètement la tête, la tête descend et l'enfant est facilement extrait. Délivrance artificielle immédiate.

Les suites de couches sont normales, pas de température. La femme sort le 11e jour de la Maternité.

L'examen du col montre latéralement deux cicatrices inappréciables.

OBSERVATION V

Bassin rétréci. — Incisions du col. — Forceps au détroit supérieur. — Fille vivante. — Infection intro-ovulaine et intra-utérine.

Mme X..., 36 ans. Entrée le 9 août 1910. A eu 5 accouchements spontanés à terme :

1er enfant par le sommet ;

2e » » »

3e, 4e et 5e nés à termes, tous morts de méningite, entre 14 mois et 2 ans.

Pour la grossesse actuelle, a eu ses dernières règles le 29 octobre 1900. Hauteur utérine 35 cm. Présentation du sommet en O I G T. Le promontoire est accessible, col dilatable comme 5 francs. Membranes intactes.

11 heures soir ; Rupture des membranes. Toute la nuit contractions faibles.

Le 10 août 1910, 4 heures du soir ; Les bruits du cœur sont modifiés. La tête est au détroit supérieur, la bosse sera sanguine et volumineuse et appuie sur l'orifice dilaté comme paume de main. Les bruits du cœur sont accélérés.

A 7 heures 45 du soir, M. Potocki examine la malade et décide d'intervenir. On anesthésie la malade et on fait à l'aide des ciseaux deux incisions, du col, de 2 centimètres environ. Ensuite applications de forceps. L'enfant naît étonné, rapidement ranimé. Injection intra-utérine puis attouchement des lèvres des incisions à la teinture d'iode. Suite de couches normales. Quitte la maternité le 20e jour. Le col à ce moment est petit, les incisions à peine visibles.

OBSERVATION VI

Bassin étroit. — Promonto sous-pubien 11,2. — Rupture prématurée des membranes. — Engagement de la présentation. — Lenteur de la période d'expulsion. — Incisions du col. — Application de forceps.

Mme X..., 33 ans.

Entrée le 5 mars 1911. A toujours bien marché. Réglée régulièrement depuis 14 ans. Primipare ayant eu ses dernières règles du 17 au 21 mai. Hauteur utérine de 34 cm.

A l'examen sommet en O I G A, non engagé le promontoire est accessible. Le promonto sous-pubien mesure 11 cm 2. Membranes rompues depuis le 4 à midi. Admise le 6 mars à la salle de travail à 9 h. 30 du matin. On remarque que la corne utérine droite est plus proéminente que la gauche, un certain degré d'obliquité utérine.

Au palper tête mobile. Auscultation fœtale bonne. Au toucher col en voie d'effacement, dilatation comme 50 centimes.

La température est de 36,8, les pulsations à 60.

A midi. Dilatation stationnaire.

M. Potocki conseille de maintenir l'utérus à l'aide d'un bandage de corps, afin de corriger l'obliquité utérine.

Pendant la soirée quelques contractions faibles et espacées, la dilatation reste la même.

A 6 heures on donne un bain à la malade, les contractions deviennent plus fréquentes et régulières.

A 9 heures dilatation comme 1 fr., sommet engagé.

A minuit même dilatation.

Le 7 mars, à 4 h. du matin. Fortes contractions. La dilatation ne progresse pas.

A 4 heures du soir. — La dilatation est toujours de 1 francs, le col commence à s'œdematier.

A 8 heures. — On donne de nouveau un bain, les contractions deviennent plus énergiques, la température est de 38° 5, les pulsations 96, l'auscultation est bonne.

Le 8 mars, à 8 heures, dilatations comme 2 francs. Les bords de l'orifice sont infiltrés en avant ou ils atteignent l'épaisseur du petit doigt. On sent la tête engagée.

Monsieur Potocki décide de faire des incisions du col. Deux valves placées dans le vagin mettent le col a découvert. La lèvre postérieure est souple, l'antérieure est fortement œdematiée. Epaisse sur son bord libre, elle est amincie au niveau de l'insertion du vagin.

Sur le doigt on coupe le col jusqu'à l'insertion vaginale à droite et à gauche. La tête est alors extraite à l'aide du forceps sans aucune difficulté. L'enfant naît vivant.

L'exploration faite à la main permet de constater que les incisions n'ont pas dépassé les culs de sacs vaginaux.

Il y a un écoulement sanguin abondant qui est arrêté par un tamponnement vaginal à la gaze.

Suites de couches sans élévation de température.

Le 29 mars, au moment de la sortie de la malade de la Maternité, on constate que la portion vaginale du col est reformée, elle est divisée en deux valves inégales séparées par une fissure transversale qui atteint les culs de sac latéraux.

OBSERVATION VII

Rupture précoce des membranes. — Ecoulement de liquide amniotique vert. — Modification des bruits du cœur fœtal. — Œdème du col et incisions du col. — Application de forceps.

Mme X..., 31 ans. Entrée à la Maternité le 13 mars 1912. Réglée à 16 ans — bien réglée —. Primipare ayant eu ses dernières règles du 22 au 28 mai.

Examen à 9 heures le 13 mars.

Sommet engagé en O I D P. Le toucher indique une dilatation de 5 francs. Température 37,6, pouls 100.

Dans la nuit du 13 au 14, la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37,6. Les contractions sont énergiques et fréquentes, les bruits du cœur fœtal sont bons.

A 9 heures du soir, les membranes se rompent spontanément. il s'écoule du liquide amniotique verdâtre.

Le 14 mars, à 8 heures du matin. Dilatation petite paume de main. Bosse sero-sanguine volumineuse. Les bruits du cœur fœtal sont à 132. Température de la femme 37,2. Pouls à 92.

A 10 heures, les lèvres du col commencent à s'œdematier, la dilatation est la même. Les bruits du cœur fœtal sont de 100,

A 11 heures 1/2 du matin, bruits du cœur fœtal ralentis, on décide de terminer l'accouchement en faisant des incisions au col. On incise latéralement le col de 2 cent. de chaque côté. On applique le forceps et l'on extrait l'enfant vivant. L'examen du col après l'accouchement montre que les incisions ne sont pas prolongées au-delà de l'insertion vaginale. Attouchements de lèvres

des incisions à la teinture d'iode. On place deux mèches dans le vagin

Les suites de couche sont normales. A sa sortie qui a lieu le 11e jour, l'examen du col montre deux cicatrices latérales à peine visibles.

OBSERVATION VIII

Œdème du col. — Incisions du col. — Application de forceps. — Enfant vivant, 3.870 gr.

Mme X...., 40 ans.

Entrée à la salle de travail le 19 avril 1912, à 9 h. du matin.

A marché à 12 mois, réglée régulièrement à 17 ans. A eu une première grossesse en 1893 à terme. Accouchement normal.

Une deuxième en 1895.

Un troisième à terme.

Deux autres accouchements normaux de garçons vivants en 1900 et 1904.

Une sixième grossesse en 1911, fille mort-née pendant le travail, qui a été long.

Grossesse actuelle : Sommet en O I G A. Engagement effectué ; œdème du col, surtout au niveau de la lèvre antérieure. Le segment inférieur est distendu, la dilatation est de 5 francs. Sur le col on trouve un petit kyste sur la lèvre antérieure.

A midi la dilatation n'est pas modifiée, les contractions utérines s'espacent et sont plus faibles. Les bruits du cœur sont normaux. La lèvre antérieure est de plus en plus œdematiée.

On anesthésie la femme au chloroforme. Deux valves

sont placées dans le vagin pour mettre le col à découvert, la lèvre antérieure œdematiée est épaissie comme le pouce. Le reste de l'orifice cervical a son épaisseur normale et forme un anneau autour de la tête. On fait deux incisions allant jusqu'à l'insertion vaginale de 2 cm 1/2 de longueur de chaque côté au niveau des commissures latérales.

Et on termine l'accouchement par une application de forceps en O I G A.

On touche le col à la teinture d'iode et on place des mèches dans le vagin.

Suite de couches normales.

25 avril. Col petit, les lèvres des plaies sont en contact, mais n'adhèrent pas.

OBSERVATION IX

Promotoire accessible, — Œdème de col. — Incisions du col. — Application du forceps sur une tête non engagée.

Mme X, 43 ans. — Entrée le 20 mai 1912.

A en trois grossesses, en 1893, 1897, 1911 d'enfants à termes se présentant par le sommet.

Grossesse actuelle. — A eu ses dernières règles du 25 au 29 août 1911. Hauteur utérine 35 c.m.

A son arrivée à 10 heures du matin on trouve un sommet non engagé, le col incomplètement effacé, dilatable comme 2 francs portant à gauche une déchirure ancienne. Le promontoire est saillant, le promonto sous pubien mesure 14 cm.

A 3 heures aprés-midi. — Dilatation, petite paume de main. La situation de la tête n'a pas changé. On cons-

tale que le col forme un bourrelet saillant. Les bruits du cœur fœtal entre 120 et 150.

Rupture de la poche des eaux, le liquide amniotique est fortement coloré en vert. La femme souffre constamment.

A 5 heures. — Dilatation, grande paume de main, col œdématié. Bruits du cœur entre 120 et 150 irréguliers. Pas de contractions. La température monte à 38°1.

Le travail traînant en longueur, la femme commençant a avoir de la fièvre, l'enfant souffrant, M. Sauvage pense qu'il y a lieu de terminer l'accouchement.

Bien que le promontoire soit accessible il ne paraît pas y avoir de disproportion entre le volume du bassin et la tête. Le col est infiltré mais il est déjà fendu en partie et il semble qu'un débridement unilatéral complètera facilement la dilatation et permettra de terminer l'accouchement.

Incision de 2 centim., de la commissure droite du col au niveau de l'incisure gauche. Application de forceps sur tête élevée, enfant ranimé.

Attouchement des incisions à la gaze iodoformée.

Suite de couches normales.

Le 15e jour au moment du départ, l'incision du col à droite n'est pas plus apparente au toucher que l'incisure spontanée qui existait à la commissure gauche.

OBSERVATION X

Incision du col. — Application de forceps infructueux. — Disparition des bruits du cœur fœtal. — Basiotripsie.

Mme X..., 29 ans. Entrée en travail et à terme le 18

septembre 1912. Primipare. Les membranes sont rompues depuis quelques heures. Hauteur utérine, 35 cm. Tête au détroit supérieur ne débordant pas ; dos à gauche. Enfant vivant, col long, perméable pour l'index. Tête élevée, on sent une bosse sero-sanguinaire volumineuse. Promontoire accessible à 10 cm 5. Les contractions ont été régulières toute la nuit. Les bruits du cœur accélérés à 150 par minute.

19 Septembre, 8 heures du matin, tête toujours au détroit supérieur. Le col n'est pas effacé seulement perméable à deux doigts. Bruits du cœur 150. Mouvements rythmiques du fœtus.

Température de la malade 37,6, pouls à 84.

A midi, les contractions étant espacées, ont fait une injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse ; les contractions deviennent plus fréquentes et plus régulières.

A 5 heures du soir : col entièrement effacé, dilaté comme une pièce de 2 francs. La bosse sera sanguine et volumineuse et fait hernie à travers l'orifice. La femme souffre et les contractions sont régulières toute la nuit.

2 septembre, 9 heures ; Même état du col, la bosse sero-sanguine, par son extension, cache les sutures. La tête semble être descendue sensiblement.

A 11 heures 45, la dilatation est de 5 francs. Les bords de l'orifice utérin sont souples.

A 6 heures 30 du soir M. Potocki se décide à intervenir. On anesthésie la femme à l'éther. On badigeonne la vulve à la teinture d'iode et on lui donne une injection vaginale de permanganate. On place deux valves qui mettent bien à nu le col. L'orifice uterin est dilaté comme 5 francs. On incise sur le doigt, comme guide à droite et à gauche, les lèvres du col de 2 cm. 1/2. Il s'écoule du sang noirâtre comme dans le cas de décolle-

ment prématuré du placenta. Les bruits du cœur ne sont plus perçus, on fait une application de forceps et on tire doucement, cette application, malgré cela, n'ayant pas permis l'extraction de la tête, on fait une basiotripsie. On touche les incisions à la teinture d'iode.

La malade après l'intervention a un pouls incomptable et on place un tamponnement utérin. Elle n'a pas de température jusqu'au 30 septembre. Elle commence à se plaindre de douleurs au niveau du mollet, le membre est le siège d'un œdème blanc remontant jusqu'au pli inguinal. La température est de 38,5.

Le membre est mis dans une gouttière.

Le 3 novembre, la malade se lève et le 15 novembre la malade sort de la maternité.

L'examen du col fait avant son départ montre que les lèvres des incisions sont cicatrisées et à peine ne perceptibles sous forme d'un léger liséré transversal. Le col est petit, régulier, ayant l'aspect normal.

OBSERVATION XI

Bassin étroit. — Travail long. — Incisions du col Application de forceps.

Mme X..., 26 ans.

Entrée au dortoir le 25 novembre 1912. A toujours bien marché, réglée à 14 ans régulièrement. Primipare ayant eu ses dernières règles du 24 au 28 mars. Taille petite. Présentation du sommet en O I G T. Le diamètre promonto sous-pubien mesure 10 cm 5. Envoyée le 22 novembre en ville elle avait en ce moment une dilatation

de 1 cm et demi à droite et fait une application de forceps.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé. On place deux mèches dans le vagin, après avoir touché le col à la teinture d'iode.

A 2 heures du soir, femme pâle, points irréguliers, utérus mou se contractant mal.

Le 12 juin, température élevée, périnée gris œdematié.

Les jours suivant, la température reste aux environs de 39°.

Le 23 juin, douleur au niveau mollet droit.

Le 25, frisson intense.

Le 4 juillet. Souffle aux deux temps, à l'orifice aortique et mitrale. On lui fait des abcès de fixation.

Le 15 juillet. Mort. On recueille du sang, on trouve du streptocoque.

OBSERVATION XIII

Arrêt de dilatation du col. — Incisions.

Entrée le 20 août 1913.

Mme X., 28 ans. Primipare, réglée depuis l'âge de 18 ans, règles irrégulières.

A eu ses dernières règles du 18 au 22 novembre 1912.

Hauteur utérine, 38 cm. Présentation du sommet en O I G A.

Examen à son entrée, 10 heures matin, — Dilatation entre 5 francs et petite paume de la main. Bords de l'orifice utérin un peu épaissis. Les contractions sont subintrantes et empêchent l'auscultation et la palpation. La température est 38° 5, les pulsations de 112.

L'examen pratiqué à 1 heure de l'après-midi, montre que la dilatation est toujours de petit paume de la main, et les bords de l'orifice sont plus œdematiés.

En raison de cet arrêt de dilatation et de l'élévation de la température, l'interne du service, M. Rougier, fait appeler M. Potocki.

M. Potocki, constate à 6 heures du soir, que la dilatation est entre petite et grande paume de main, la tête est un peu plus descendue.

On anesthésie la femme à l'éther, on fait 2 incisions latérales du col de 2 centimètres et on fait une application de forceps en G A. L'utérus reste inerte et saigne abondamment. On touche les incisions à la teinture d'iode et on place 2 mèches iodoformées dans le vagin.

Suite de couche normales. La femme sort le 11me jour. Le col est petit, avec cicatrice droite peu apparente, ectropion a gauche.

OBSERVATION XIV

Incisions du col, 54 heures après la rupture des membranes, pour dilatation stationnaire du col intermédiaire entre grande et petite paume de main. — Application de forceps.

Mme X..., 37 ans. Primipare. Entrée le 23 septembre 1914. Sommet engagé en O I G A. Les premières douleurs apparaissent le 22 septembre à 10 heures du soir ; le 24 septembre, rupture prématurée des membranes.

Le 25 septembre, 8 heures du matin, la parturiente est amenée à la Pitié, pour tenteur du travail..

L'examen confirme le diagnostic fait en ville, la dila-

de 1 cm et demi à droite et fait une application de forceps.

Enfant né en état de mort apparente, ranimé. On place deux mèches dans le vagin, après avoir touché le col à la teinture d'iode.

A 2 heures du soir, femme pâle, points irréguliers, utérus mou se contractant mal.

Le 12 juin, température élevée, périnée gris œdematié.

Les jours suivant, la température reste aux environs de 39°.

Le 23 juin, douleur au niveau mollet droit.

Le 25, frisson intense.

Le 4 juillet. Souffle aux deux temps, à l'orifice aortique et mitrale. On lui fait des abcès de fixation.

Le 15 juillet. Mort. On recueille du sang, on trouve du streptocoque.

OBSERVATION XIII

Arrêt de dilatation du col. — Incisions.

Entrée le 20 août 1913.

Mme X., 28 ans. Primipare, réglée depuis l'âge de 18 ans, règles irrégulières.

A eu ses dernières règles du 18 au 22 novembre 1912.

Hauteur utérine, 38 cm. Présentation du sommet en O I G A.

Examen à son entrée, 10 heures matin, — Dilatation entre 5 francs et petite paume de la main. Bords de l'orifice utérin un peu épaissis. Les contractions sont subintrantes et empêchent l'auscultation et la palpation. La température est 38° 5, les pulsations de 112.

L'examen pratiqué à 1 heure de l'après-midi, montre que la dilatation est toujours de petit paume de la main, et les bords de l'orifice sont plus œdematiés.

En raison de cet arrêt de dilatation et de l'élévation de la température, l'interne du service, M. Rougier, fait appeler M. Potocki.

M. Potocki, constate à 6 heures du soir, que la dilatation est entre petite et grande paume de main, la tête est un peu plus descendue.

On anesthésie la femme à l'éther, on fait 2 incisions latérales du col de 2 centimètres et on fait une application de forceps en O I A. L'utérus reste inerte et saigne abondamment. On touche les incisions à la teinture d'iode et on place 2 mèches iodoformées dans le vagin.

Suite de couche normales. La femme sort le 11me jour. Le col est petit, avec cicatrice droite peu apparente, ectropion a gauche.

OBSERVATION XIV

Incisions du col, 54 heures après la rupture des membranes, pour dilatation stationnaire au col intermédiaire entre grande et petite paume de main. — Application de forceps.

Mme X.... 37 ans. Primipare. Entrée le 23 septembre 1914. Sommet engagé en O I G A. Les premières douleurs apparaissent le 22 septembre à 10 heures du soir ; le 24 septembre, rupture prématurée des membranes.

Le 25 septembre, 8 heures du matin, la parturiente est amenée à la Pitié, pour tenteur du travail..

L'examen confirme le diagnostic fait en ville, la dila-

tation est de 2 francs. Les membranes sont rompues. Les bruits du cœur bons, la température 37, 4, le pouls à 80.

On donne à la femme un bain d'une heure, à la suite de ce bain, la dilatation n'a pas changé.

A 4 heures du soir, la dilatation est de 5 francs, la température de la femme est de 37,5. Les pulsations sont de 84 à la minute.

26 septembre à 8 heures. La dilatation est de petite paume de main : bruits du cœur fœtal bons.

A midi, la dilatation est la même. Les contractions sont espacées toutes les 1/2 heures. A 2 heures de l'après-midi, grand bain, à la suite duquel on constate que la dilatation n'a pas progressé, les lèvres du col sont rigides.

A 4 heures. Dilatation entre grande et petite paume de main. Bruits du cœur fœtal bons.

A 9 heures 45 du soir, M. Potocki trouve les bruits du cœur modifiés, ralentis, faibles, alors même que l'utérus n'est pas contracté.

Au toucher la dilatation est toujours la même, les lèvres du col sont épaisses et dures.

Dans ces conditions M. Potocki décide d'intervenir.

Après avoir placé deux valves dans le vagin, il met une pince sur la lèvre antérieure du col qui sert à le tendre, il entame ainsi facilement la lèvre latérale gauche sur une profondeur de 2 cm 1/2. Ceci fait M. Potocki constate que l'ouverture n'est pas suffisante, en se guidant sur son index gauche qui soulève la lèvre droite du col : il la coupe sur une longueur de 1 cm.

Il fait ensuite une application de forceps en O I G A et extrait un enfant vivant.

Il fait un attouchement des lèvres de l'incision à la teinture d'iode et place deux mèches iodoformées dans le vagin. Suite de couches normales.

L'examen fait à la sortie le onzième jour révèle au spéculum un col d'aspect normal avec léger sillon à droite. Au toucher col petit.

OBSERVATION XV

Amorces de déchirures spontanées du col. — Incisions latérales du col suivies d'application du forceps.

Mme X..., 36 ans.

Entrée le 20 novembre 1914. Primipare, envoyée de la Maternité où elle était en travail depuis deux jours.

A son arrivée, à 7 h. du soir, on diagnostique : sommet engagé en O I G A. H V =38 cm. Enfant vivant. Dilatation comme 50 centimes. Température 37,6.

A 8 heures on donne un bain d'une heure, à la suite duquel la dilatation a progressé, elle est comme de 2 fr. Les contractions utérines sont fortes, se répétant toutes les 5 minutes.

A 4 heures du soir dilatation comme 5 fr. Le lendemain, 21 novembre, 8 h. matin, la dilatation est toujours de 5 fr. La lèvre gauche du col reste souple, la lèvre droite commence à s'œdematier ainsi que l'antérieure.

A 10 h. 30 matin la dilatation étant toujours la même, M. Potocki décide de faire l'incision du col.

On anesthésie la femme à l'éther, on place deux valves dans le vagin, on constate au niveau de la lèvre antérieure du col à droite l'amorce d'une déchirure.

Le bord libre du col sur toute sa circonférence est grisâtre.

M. Potocki incise le col sur une profondeur de 2 cm 1/2 environ. On fait une application de forceps en

G A. Délivrance naturelle et complète 1/4 d'heurea près l'accouchement.

On fait une injection intra-utérine de permanganate et ensuite on touche les incisions à la teinture d'iode.

Au toucher, la dilatation est toujours la même, les lèvres du col sont toujours épaisses et dures. M. Potocki décide d'intervenir.

Après avoir placé deux valves dans le vagin, il met une pince sur la lèvre antérieure du col qui sert à le tendre. Il incise facilement la lèvre latérale gauche sur une profondeur de 2 cm. 1/2. Ceci fait, application de forceps en O I G A.

Irrigation utérine, attouchements des incisions à la teinture d'iode. On place 3 mèches iodoformées dans le vagin.

Les suites de couches sont normales. La température est restée normale. Partie le 11e jour en bon état général.

L'examen fait avant son départ, col normal avec latéralement deux cicatrices latérales.

OBSERVATION GARIPUY

In obstetrique, 1910

Mme X,..., 24 ans, primipare.

Grossesse d'évolution normale. Entre en travail et à terme 21 mars 1909. Douleurs franches normales. On constate peu de progrès dans le travail. Au bout de trois jours de douleurs allant en s'exaspérant, l'effacement est complet, mais la dilatation atteint à peine 4 centimètres.

Un médecin fait une application de forceps une pre-

mière et une deuxième fois. On attend 12 heures. La dilatation a progressé à peine 5 francs. Nouvelle tentative d'application de forceps restée inefficace.

L'enfant perd son méconium, bruits du cœur deviennent mauvais. La malade est très énervée, réclame qu'on en finisse.

Par toucher on trouve la partie fœtale, un sommet en O I G A engagé, un col souple, très peu infiltré, mais dont la dilatation est à peine de 9 cm. si l'on fait abstraction d'une vaste brèche située en arrière et à gauche et qui sans nul doute a été produite par les applications du forceps ainsi qu'une déchirure étendue du périnée.

Je me rends compte ainsi que, pour terminer cet accouchement, ce que l'état du fœtus commande d'une façon pressante, je ne puis songer à dilater le col par les moyens ordinaires car c'est fatalement prolonger la déchirure si bien amorcée.

Je pratique trois incisions du col allant jusqu'au cul de sac vaginal, ce qui avec la déchirure déjà faite constitue quatre brèches profondes situées à l'extrémité des diamètres obliques.

J'ai ainsi un orifice très largement ouvert et correspondant à l'orifice profond du vagin. Une tentative de forceps échouant, je termine l'accouchement par une version facile. L'enfant venu en état de mort apparente succomba deux jours après.

Par toucher on constate que les incisions et les déchirures ne dépassent pas le cul de sac du vagin. Suites de couche normales. Température ne dépassant pas 37°. On revoit, un mois après, cicatrices inappréciables. Au niveau, incision, petit noyau fibreux, mais souple et sans adhérences au-dessus du dôme du côté de la déchirure.

3e OBSERVATION DE M. GARIPUY (résumée)
in Obstétrique 1910

Mme B..., 25 ans. Primipare.

Tête engagée, fœtus en état de souffrance, dilatation du col atteint 2 cm., dilatation faite aux dépends de la lèvre postérieure qui est amaincie et prête à éclater. En avant, languette de 1 cm. d'épaisseur sur 3 ou 4 de longueur qui au lieu de s'effacer se serait allongée.

Le simple examen amène éraillure de la lévre post. surdistendue. Intervention. En avant, incision de 1 cm. et demi ainsi qu'en arrière et latéralement.

OBSERVATION de M. JEANNIN
parue dans l'obstétrique

Tête profondément engagée. Col très épais, augmenté de volume. Efforts d'expulsion avant la dilatation complète.

Entre le 18 juillet 1908 à la clinique Tarnier. Femme bien portante, primipare ayant eu ses dernières règles du 7 au 15 octobre 1907. L'enfant se présente par le sommet en O I D T. Au toucher on constate que le bassin est légèrement rétréci dans le sens antero postérieur.

Les premières douleurs apparaissent le 17 juillet à 9 h. et demie du soir, elles se sont succédées à intervalles assez réguliers, pendant toute la nuit, et durant toute la journée du 18. Dans la nuit du 18 au 19, les

douleurs deviennent très énergiques et se répètent toutes les trois minutes environ. Le 19 à 8 heures, col œdematié apparaît à la vulve, sa lèvre antérieure fait même légèrement saillie hors des organes génitaux. Le museau de tanche très augmenté de volume. L'orifice interne présente une dilatation de 4 à 5 cm. La tête est au détroit supérieur. A 11 heures du soir, la tête s'est engagée et, malgré l'insuffisance de la dilatation, la femme fait des efforts d'expulsion. Craignant une rupture du segment inférieur, U. Jeannin se décide à intervenir, en faisant des incisions du col. Anesthesie au chloroforme. On déprime très fortement le périnée à l'aide d'une valve courte et large.

Deux pièces de Museux étant placées sur la partie droite du col, on incise le museau de tanche entre deux pinces, sur une largeur de 6 cm. environ et latéralement jusqu'au voisinage du cul de sac vaginal latéral gauche.

La même intervention à droite. Finalement le col est largement divisé en deux valves antérieure et postérieure. Une application de forceps en O I G A permet facilement d'extraire une fille vivante.

Délivrance artificielle. Injection d'eau oxygénée. Il n'y a pas d'hémorragie. On ne fait ni suture, ni tamponnement.

Suite des couches : Sans le moindre incident au 15e jour la femme quitte la clinique. Museau de tanche a repris ses dimensions normales, à droite et à gauche on reconnaît les incisions qui n'atteignent pas le dôme vaginal.

OBSERVATION

extraite de la *Semaine gynécologique*

(*In thèse Géraud 1912*)

Un cas de dystocie par rigidité de l'orifice externe consécutive à une amputation du col

Femme âgée de 30 ans.

En 1899, 1re grossesse, accouchement à terme, enfant vivant, hémorragie abondante pendant l'accouchement, suites de couche fébriles.

A la suite, la femme est traitée pour métrite par des injections de coaltar saponiné et des tampons de glycérine et de tanin.

En 1891, 2e grossesse terminée par une fausse couche de 3 mois.

A la suite, hémorragies abondantes, aucun mauvais état général. Pas de fièvre. La malade garde le lit un mois. On constate à ce moment métrite avec gros col. On la traite par injections vaginales, grands bains chauds, tampons vaginaux à la glycérine.

En 1894, à la suite, imprudence ; fausse couche de 6 mois, suite de couches normales.

En 1895, 4e grossesse. Douleurs lombaires pénibles nécessitant séjour au lit de 4 mois. Pertes chaque fois que la malade tente de se lever.

Au moment où les mouvements du fœtus se font sentir, l'état de la parturiente s'améliore et la grossesse suit son cours normal.

Accouchement à terme pendant long travail. Enfant mort. Après 21 jours, se lève ; on constate à ce moment

métrite hypertrophique et prolapsus ; le médecin pratique curetage, amputation du col et colpo-perineorraphie.

En 1898, 5e grossesse. Evolution normale.

Présentation du sommet.

Au toucher, plus de col, aussi loin que peut aller le doigt, il est impossible de trouver l'orifice normal extérieur du col. Bassin normal.

Même état jusqu'au 24 mars, jour de l'accouchement. Sous l'action d'efforts de toux, la poche se rompt. Douleurs pendant quelques heures dans la nuit du 23 au 24 mars.

Le 24, à 10 heures du matin, on constate que la tête est profondément engagée, mais on ne peut rencontrer l'orifice du col, les douleurs deviennent plus vives et plus rapprochées,

A midi 1/2, même état. On pratique le toucher et on arrive à deviner la présence de l'orifice externe en arrière.

Deux heures après la dilatation est assez avancée pour permettre de reconnaître nettement la partie externe que l'on essaye de ramener avec le doigt. A 4 h. 1/2 dilatation petite paume de main.

A 7 heures, même état de la dilatation.

On anesthésie la femme et on fait deux incisions latérales aux ciseaux, la dilatation marche rapidement et la femme expulse spontanément une fille vivante. Suite de couches normales. Au fond du vagin on sent deux cicatrices bilatérales, résultat du débridement.

OBSERVATION DE CATHALA

(In thèse Geraud, 1912)

Dystocie par atrésie cicatricielle du col. — Grandes incisions. — Extraction d'un enfant vivant. — Suites de couches normales. — Suture secondaire du col.

La femme S., couturière, 30 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, le 10 mars 1912. à 10 h. du matin. Réglée tard, à 17 ans. Menstruation irrégulière. Règles peu abondantes, peu douloureuses.

En mars 1900, avortement à 2 mois 1/2, à la suite duquel persistent des pertes sanguines.

En janvier 1906, curage utérin, aucune cautérisation, aucune opération sur le col.

En 1908, le Dr Dartigues constate retroversion et pratique une ligamentopexie.

A la suite de cette intervention les pertes blanches cessent, les règles ne sont plus douloureuses. En 1911, la femme devient enceinte, dernière règles du mois d'avril. La grossesse évolue normalement.

Le 26 février 1912, début de douleurs qui continuent les 27, 28 et 29 sans que le travail semble progresser.

Dans la nuit du 1er au 2 mars, la parturiente commence à avoir des douleurs d'expulsion, la sage-femme, constatant que le col n'est pas dilaté, fait appeler un médecin qui fait diriger la femme vers l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, la femme est en travail depuis 5 jours. Le 2 mars, à 10 heures, les douleurs sont vives et rapprochées.

L'utérus constamment tendu gêne le palper. Bruits du cœur bons entendus à gauche.

Sur l'ombilic cicatrice de l'opération de 1908.

Par le toucher on sent la tête profondément engagée, orifice du col très petit, à bords minces.

Femme très fatiguée, langue sèche.

M. Cathala décide d'intervenir.

Des valves permettent de voir l'orifice du col sous forme d'une ouverture régulièrement arrondie de 4 à 5^{mm} de diamètre. Cet orifice est obturé par des membranes ovulaires.

Le reste du col de teinte rouge violacée paraît œdematié, une pince saisit le bord antérieur du col, mais le tissu très friable est déchiré. La poche des eaux se rompt. La paroi antérieure du vagin est incisée sur la ligne médiane sur une longueur de 5 cm. La paroi postérieure saisie entre l'index et le medius est incisée aux ciseaux sur la ligne médiane sur une longueur de 7 cm.

On fait une prise au forceps en O I G T.

Extraction d'un enfant vivant.

Les deux incisions pratiquées sur le col ne se sont pas étendues, elles s'arrêtent à l'union du col et du vagin.

Il se fait un écoulement sanguin qui sans être inquiet, menace de durer. On ne fait pas à ce moment la suture du col.

Tamponnement enlevé six heures après, pas d'hémorragie. Pouls à 100. Lochies normales.

Le 14 mars les lèvres de la plaie sont en contact, mais n'adhèrent pas ensemble.

Le 22 mars, avivement des bords suivi de suture au catgut.

Le 29 mars on revoit la malade : col petit, consistance normale, on ne sent aucune encoche, au spéculum couleur normale sans ectropion, léger sillon en avant, en arrière on perçoit une ligne blanchâtre, vestige de l'incision saturée.

CONCLUSIONS

1° Les incisions du col utérin pratiquées chez la femme en travail sont un très bon moyen de lever l'obstacle opposé à l'accouchement par la résistance du col à la dilatation.

2° Elles portent sur la partie vaginale du col.

3° On ne doit les pratiquer que lorsque la dilatation a atteint au moins les dimensions d'une pièce de 5 fr. soit 4 centimètres de diamètre, et que le segment inférieur est rempli par la présentation.

4° Elles sont indiquées, toutes les fois que la dilatation tarde à se compléter malgré l'existence de contractions de fréquence et d'intensité normales et que l'état de la femme ou celui du fœtus réclament une prompte terminaison de l'accouchement.

5° Si l'enfant a succombé et qu'on réduise l'enfant par basiotripsie, on peut inciser même avant que la dilatation ait atteint les dimensions d'une pièce de 5 francs.

6° Les incisions sont d'une exécution rapide et facile.

7° Elles sont sans danger. Pratiquées avec le soin nécessaire, elles ne se compliquent pas d'hémorragie et n'ont pas de tendance à s'étendre au-delà des limites de la portion sus-vaginale du col.

Vu :
Le Président de Thèse,
RIBEMONT-DESSAIGNES.

Vu :
Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Audebert. — Annales de Gynecolohie et d'Obstétrique, 1898.

Auvard. — Traité pratique des accouchements, 4e édit.

Bar. — Dilatation rapide du col d'obstétrique, 1909.

Bar, Brindeau et Chambrelent. — Pratique de l'art des accouchements. T. II, page 328.

Boyer. — Thèse de Paris 1890.

Bumm. — Traité d'obstétrique. Edition 1915, page 732.

Caillon. — Thèse de Lyon, 1899.

Cathela. — Cité, in thèse Géraud, Paris, 1912.

Colmes. — Cervical incisions in labor. Ann. Gyne 1903.

Cazeaux et Tarnier. — Traité d'Obstétrique, 10e édit.

Couvelaire. — Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aïgue du col, au cours du travail. Compte rendu Obst. Gyne. Pedia. 1908.

Demelin. — L'obstétrique, 1913.

Depaul. — Mémoires de l'Académie de Médecine, 1860. Archives de Toxocologie, 1876 et 1877.

Doleris. — La Gynecologie, 1900.

Duhrssen. — La césarienne vaginale. L'obstétriq. 1910.

» Vaginalerkaserschmitts, Berlin, 1905.

Dumouly. — Gazette de Gynecologie, Janvier 1886.

Fochier. — Lyon médical, 1890.

S. Gache. — Mémoires d'Obstétrique.

Géraud. — Thèse de Paris, 1912.

Hazard. — Thèse de Paris, 1902.

Jayle. — XX. Congrès de chirurgie, 1906.

Jayle. — Lesstenoses cervicales, P. M., 1907.

Jeannin et Garipuy. — Incision du col. L'obstétrique, 1910.

Kasansky. — Thèse de Paris, 1906.

Leclerc. — Thèse de Paris, 1912.

Lepage. — La rigidité cicatricielle du col de l'utérus. Revue générale de clinique et de thérap., 1903.

Lepage. — Précis d'Obstétrique.

Lutaud. — Thèse de Paris, 1908.

Mattei. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1861-1862.

Oui. — Semaine Gynéc., octobre 1913.

Pinard, Second et Couvelaire. — Compte rendu de la Soc. d'O. Gynéc,, Pédiatrie, 1906.

Plesse. — Thèse de Paris, 1909.

Potocki. — Rapport sur un cas de dystocie par rigidité du col. Soc. d'O. Gynéc. et Pédiatrice, nov. 1899.

Potocki. — Compte rendu de la Soc. d'O. Gynéc. Pediatrie, 1908.

Potocki et Sauvage. — Infection du col pendant le travail et rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin. Annales de Gynéc. et d'Obstétrique, 1913.

Pouliot. — Traitement de la dystocie par rigidité du col. Revue pratique d'obst. et de gyn. 1906.

Recasens. — Archives gyn. Barcelone 1903.

Ribemont-Dessaignes et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Rudaux. — Les déchirures du col pendant l'accouchement. Clinique 1908.

Tarnier et Budin. — Traité d'accouchement, 1898.

Taylor. — Thèse de Montpellier, 1900.

Varnier. — Sur un cas de rigidité du col. Soc. d'obst. gyn. et pédiatrie. Déc. 1899.

Varnier. — Soc. d'obst. gyn. et pédiâtrie, 1902.

Wallich. — Compte-rendu de la Société d'obst. gyn. et péd. 1904.

Wallich. — Bulletin de la Soc. obst. et gyn. de Paris. Juin 1890.

Wallich. — Annales de la Soc. d'obst. de France, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

Des incisions du col..... 11
Diagnostic de rigidité..... 16
Conditions indispensables..... 19
Indications..... 21
Dangers de ces incisions..... 24
Technique opératoire..... 26
Conclusions..... 59
Bibliographie..... 61

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.